

CASO CLÍNICO/CLINICAL CASE

## Fístulas bronco-mediastínicas – uma rara manifestação de tumor

### Broncho-mediastinal fistula – a rare manifestation of a tumor

A. S. MARQUES<sup>1</sup>, F. G. PINTO<sup>2</sup>, M. M. NORONHA<sup>3</sup>, J. VERA<sup>4</sup>, M. MONTEIRO<sup>5</sup>

#### RESUMO

As fístulas bronco-mediastínicas são situações raras, existindo o relato de apenas um caso em consequência a um tumor primário do pulmão.

Os autores apresentam um caso de um doente de sexo masculino, 58 anos de idade, raça branca, com antecedentes de tabagismo e diabetes, com um quadro

#### ABSTRACT

Broncho-mediastinal fistulae are a very rare condition, existing only a report of a case related with primary lung cancer.

The authors present a clinical case of a white 58-year-old man, with previous history of cigarette smoking and diabetes, with fever, productive cough and

<sup>1</sup> Interna do Internato Complementar de Medicina Interna

<sup>2</sup> Interno do Internato Geral

<sup>3</sup> Assistente Eventual de Medicina Interna

<sup>4</sup> Assistente Graduado de Medicina Interna

<sup>5</sup> Chefe de Serviço de Pneumologia

Serviço de Medicina do Hospital Condes Castro Guimarães – Director: Dr. M. C. Matos.

Serviço de Pneumologia do Hospital Condes Castro Guimarães – Director: Dr. M. Monteiro.

Centro Hospitalar de Cascais.

Recebido para publicação/Received for publication: 04.09.09

Aceite para publicação/Accepted for publication: 04.11.05

clínico de febre, tosse produtiva e dispneia de agravamento progressivo, com evidência radiológica de pneumonia lobar inferior direita.

Face a um agravamento radiológico, apesar da terapêutica antibiótica de largo espectro, realizaram-se tomografia computadorizada e broncofibroscopia que revelaram a existência de extensa infiltração neoplásica e destruição da parede do brônquio principal e intermediário, com fístula bronco-mediastino-esofágica.

O exame histológico revelou tratar-se de um carcinoma brônquico pavimento-celular.

REV PORT PNEUMOL 2004; X (6): 491-497

**Palavras-chave:** Fístula bronco-mediastínica, tumor do pulmão, carcinoma pavimento-celular.

progressive dyspnea, with radiological evidence of right inferior lobar pneumonia.

We noticed a radiological deterioration, despite the high spectrum antibiotic therapy, so he was submitted to thoracic computerized tomography and broncofibroscopy, which revealed extensive infiltration of the principal and intermediary bronchioles with a broncho-mediastinal-esophagic fistula.

The histological exam reveled a pavementam celular carcinoma.

REV PORT PNEUMOL 2004; X (6): 491-497

**Key-words:** Broncho-mediastinal fistulas, lung tumor, pavementam celular carcinoma.

## INTRODUÇÃO

As fístulas bronco-mediastínicas são situações muito raras.

Pela revisão da literatura, parece existir apenas um caso descrito, em associação com um tumor primário do pulmão.<sup>1</sup>

Outras situações podem estar na origem destas fístulas, nomeadamente ruptura de quistos bronco-génicos<sup>2</sup>, mediastinite necrotizante descendente<sup>1</sup>, infecção após transplantes coração-pulmão<sup>3</sup>, linfadenite tuberculosa<sup>1</sup> e após radiação endo-brônquica<sup>5</sup>.

Os autores apresentam um caso em que foi diagnosticada uma fístula bronco-mediastínica-esofágica resultante de um carcinoma brônquico pavimento-celular.

## CASO CLÍNICO

ASV, sexo masculino, 58 anos de idade, raça caucasiana, com antecedentes pessoais de tabagismo e diabetes *mellitus* tipo 2, internado na sequência de um quadro de febre não quantificada, tosse produtiva com expectoração muco-purulenta e dispneia de agravamento progressivo, com cerca de uma semana de evolução.

Referia anorexia e perda ponderal de cerca de 10 quilogramas no último ano.

Sem outras queixas, nomeadamente gastrointestinais, urológicas ou sugestivas de cardiopatia, assim como não existia história de tuberculose.

À admissão encontrava-se emagrecido, febril (38,5°C), polipneico, hemodinamicamente estável, com murmúrio vesicular rude e fervores sub-

crepitantes na base direita. Sem outras alterações no exame objectivo.

Analicamente verificava-se leucocitose (19300 cels/ml) com neutrofilia (N - 88%), elevação da PCR (15 mg/dl), hipoalbuminemia (2,9mg/dl), aumento do tempo de protrombina (17,7seg, 58%), com discreto padrão de colestase (fosfatase alcalina de 193 U/L, gama-GT 128 U/L), com bilirrubinas e transaminases normais.

A gasimetria evidenciava uma insuficiência respiratória hipoxémica com alcalose respiratória (PH- 7,5, PaO<sub>2</sub>– 57,1mmHg ). Sem outras alterações dignas de referência.

A radiografia do tórax revelava a existência de discreta hipotransparência heterogénea da base direita. (Fig. 1)

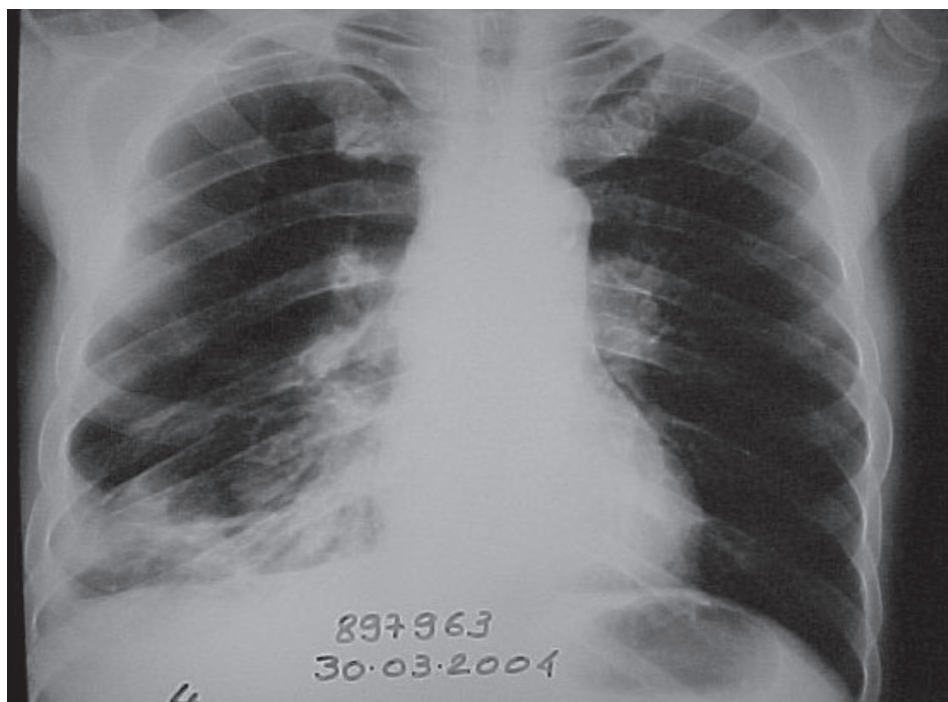
Iniciou terapêutica antibiótica com amoxicilina / /ác. clavulânico, que se alterou empiricamente para piperacilina/tazobactam por ausência de resposta

clínico-radiológica favorável.

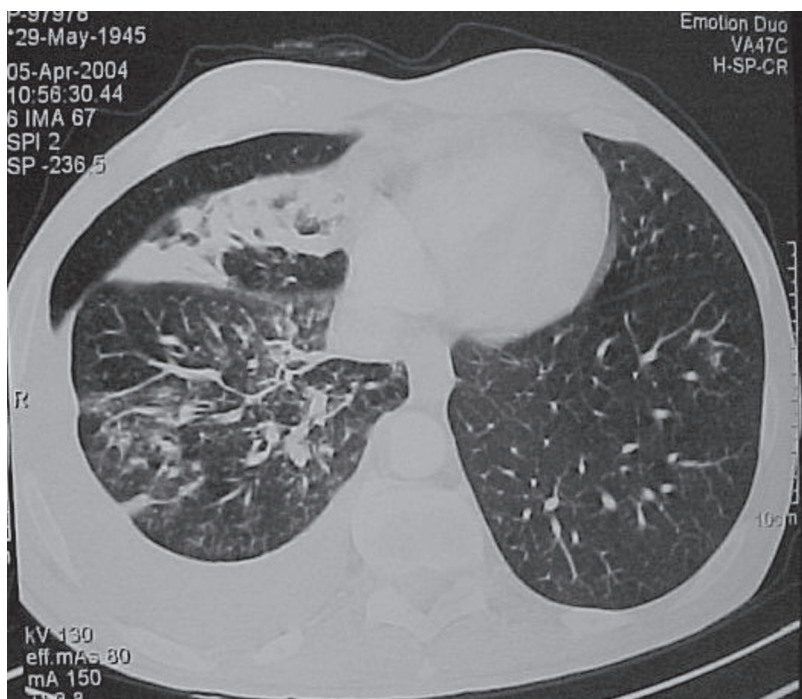
Apesar da diminuição da curva febril, assim como melhoria analítica constatava-se um agravamento radiológico.

Decidiu-se então pela realização de tomografia computadorizada (TC) torácica e broncofibroscopia (BF).

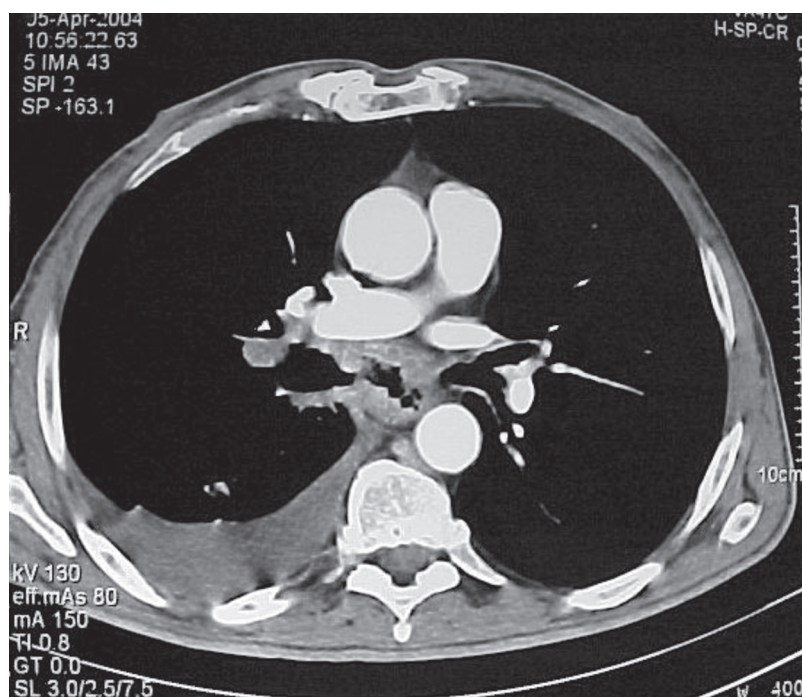
A TC veio a revelar um extenso processo infiltrativo peri e infra-carinário, que envolvia o brônquio principal direito, onde se verificava a existência de fístula bronco-esofágica. Havia infiltração directa ao longo das bainhas peri-broncovasculares do hilo e do lobo direito até ao plano da veia pulmonar, provavelmente infiltrada. Também parecia existir infiltração da parede posterior da aurícula esquerda (mais difícil de valorizar por esta técnica). Havia aspectos sugestivos de linfadenite carcinomatosa do lobo inferior direito, a que se associava derrame pleural. (Fig. 2)



**Fig. 1** — Radiografia do tórax onde, se observa uma condensação heterogénea da base pulmonar direita.

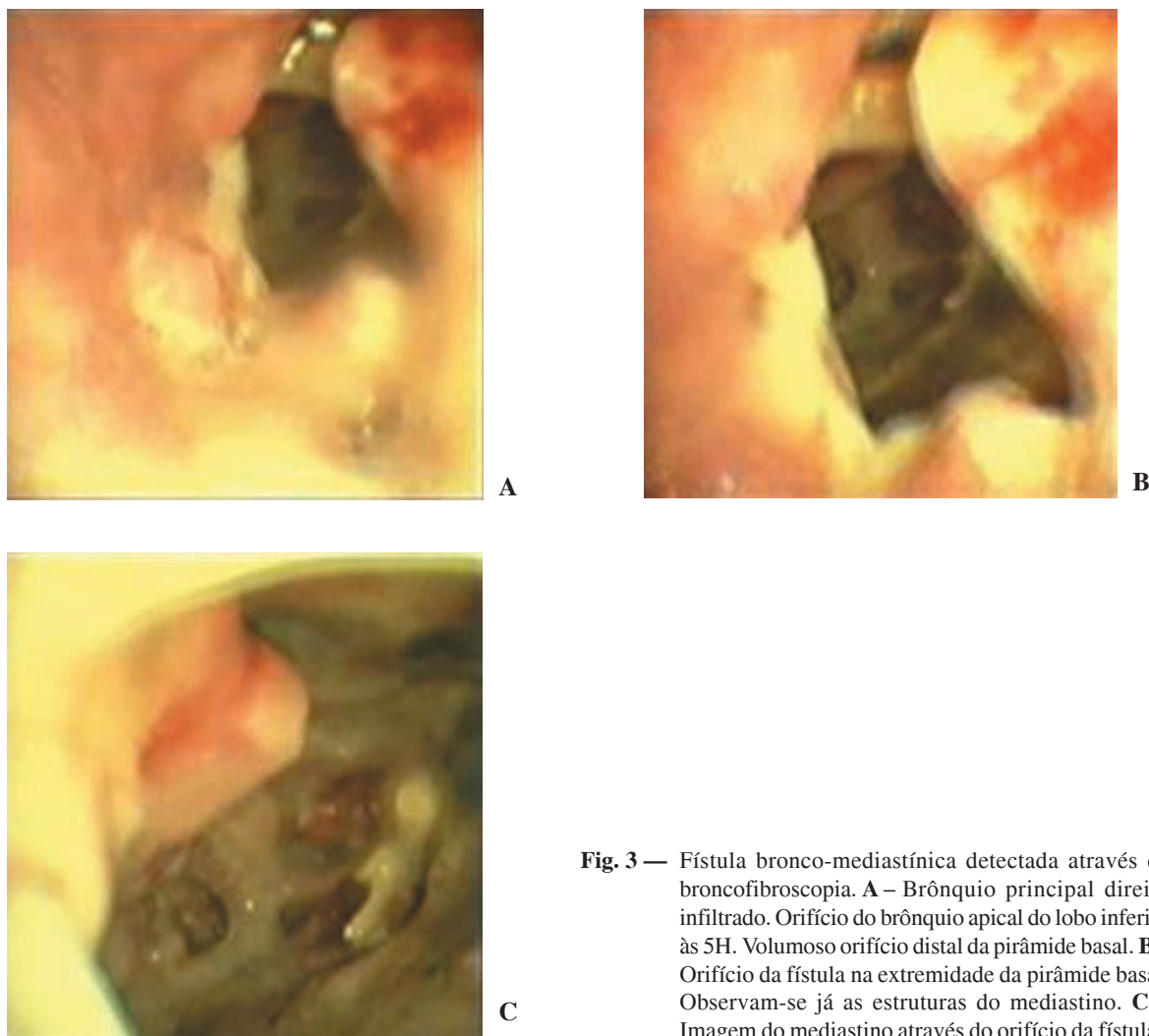


A



B

**Fig. 2** — Tomografia computadorizada pulmonar onde se revela extenso processo neoplásico. **A** — Envolvendo lobo médio e inferior direito. **B** — Destaca-se a comunicação entre a árvore brônquica direita e o esófago.



**Fig. 3** — Fístula bronco-mediastínica detectada através de broncofibroscopia. **A** — Brônquio principal direito infiltrado. Orifício do brônquio apical do lobo inferior às 5H. Volumoso orifício distal da pirâmide basal. **B** — Orifício da fístula na extremidade da pirâmide basal. Observam-se já as estruturas do mediastino. **C** — Imagem do mediastino através do orifício da fístula.

A BF confirmou a existência de extensa infiltração neoplásica e destruição da parede do brônquio principal e intermediário direito. Mais distalmente, ao nível do lobo inferior direito, era possível observar um “amálgama” tumoral, friável e hemorrágico, permitindo visualizar uma fístula bronco-mediastínica-esofágica com cerca de 1 cm de comprimento, em fenda. Durante este procedimento visualizaram-se as estruturas mediastínicas. (Figura 3)

O exame histológico revelou tratar-se de um carcinoma brônquico, pavimento-celular queratinizante. (Fig. 4)

Após consulta da oncologia médica, pneumologia e cirurgia cardíaco-torácica, considerou-se que não existia qualquer possibilidade de terapêutica eficaz, tendo ficado referenciado à consulta de oncologia.



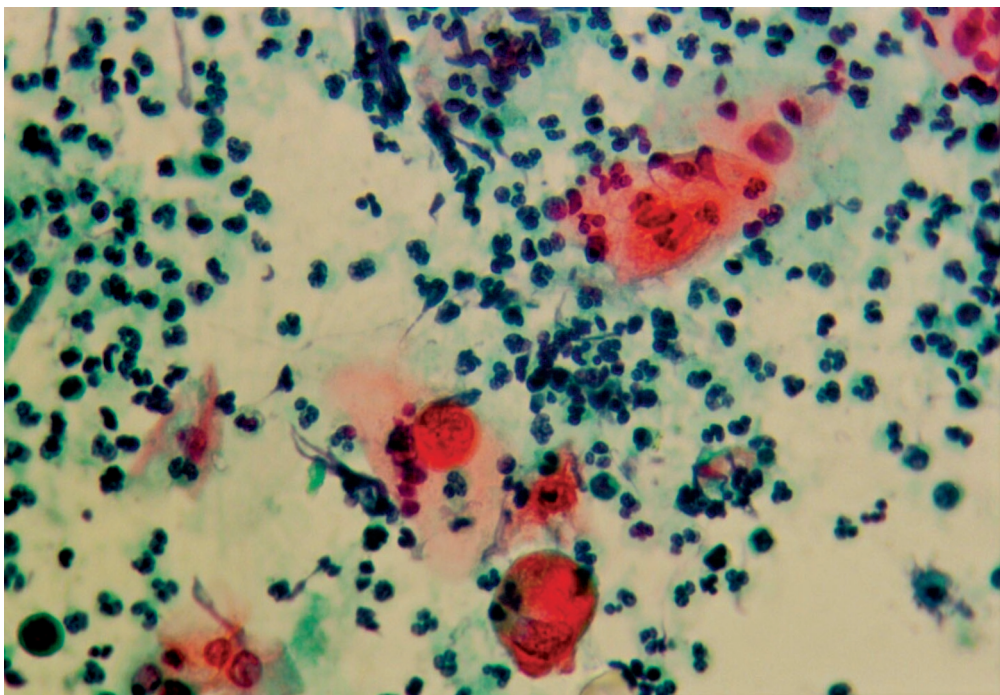


Fig. 4 — Exame histológico (coloração papanicolau) compatível com carcinoma brônquico pavimento-celular queratinizante.

## CONCLUSÃO

As fístulas bronco-mediastínicas são situações muito raras, sobretudo em associação com tumores primários do pulmão, tendo a nossa revisão da literatura apenas encontrado um caso descrito.

Estes doentes morrem na maioria das vezes na sequência de mediastinites secundárias.

No presente caso clínico, apesar da aparente “benignidade” do quadro inicial, foi diagnosticada esta situação já sem qualquer atitude terapêutica possível e com prognóstico muito reservado.

## AGRADECIMENTOS

Dra. Helena Oliveira – chefe de Serviço de Anatomia Patológica, Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar de Cascais.

Enfermeira Lúcia Fandinga – Enfermeira Graduada do Serviço de Pneumologia.

Hospital Condes Castro Guimarães, Centro Hospitalar de Cascais.

### *Correspondência:*

Anabela Salgueiro Marques  
Rua Ferrarias del Rei nº 21, Moradia B4  
2730-269 Barcarena - Oeiras  
Fax: 214827767  
e-mail: [anabela.s.marques@sapo.pt](mailto:anabela.s.marques@sapo.pt)

## **BIBLIOGRAFIA**

1. SAKAMOTO J, HASEGAWA S, SHINYA I, KENJI I, HIROMI W. "A Case of Broncho-mediastinal Fistula with Primary Lung Cancer". J Bronchol 2004;11:42-44.
2. DE NUNZIO MC, EVANS AJ. Case report: the computed tomographic features of mediastinal bronchogenic cyst rupture into the bronchial tree. J Radiol 1994;67:589-590.
3. BORRO JM, RAMOS F, VICENTE R, et al. "Bronchial fistula to mediastinum in a heart-lung transplant patient", Eur J Cardiothorac Surg 1992;6:674-676.
4. SPASOVA I, PETERA J. "Long-term clinical benefits of the low dose rate endobronchial irradiation of malignant air way obstruction". Neoplasia 2001; 48:234-240.